

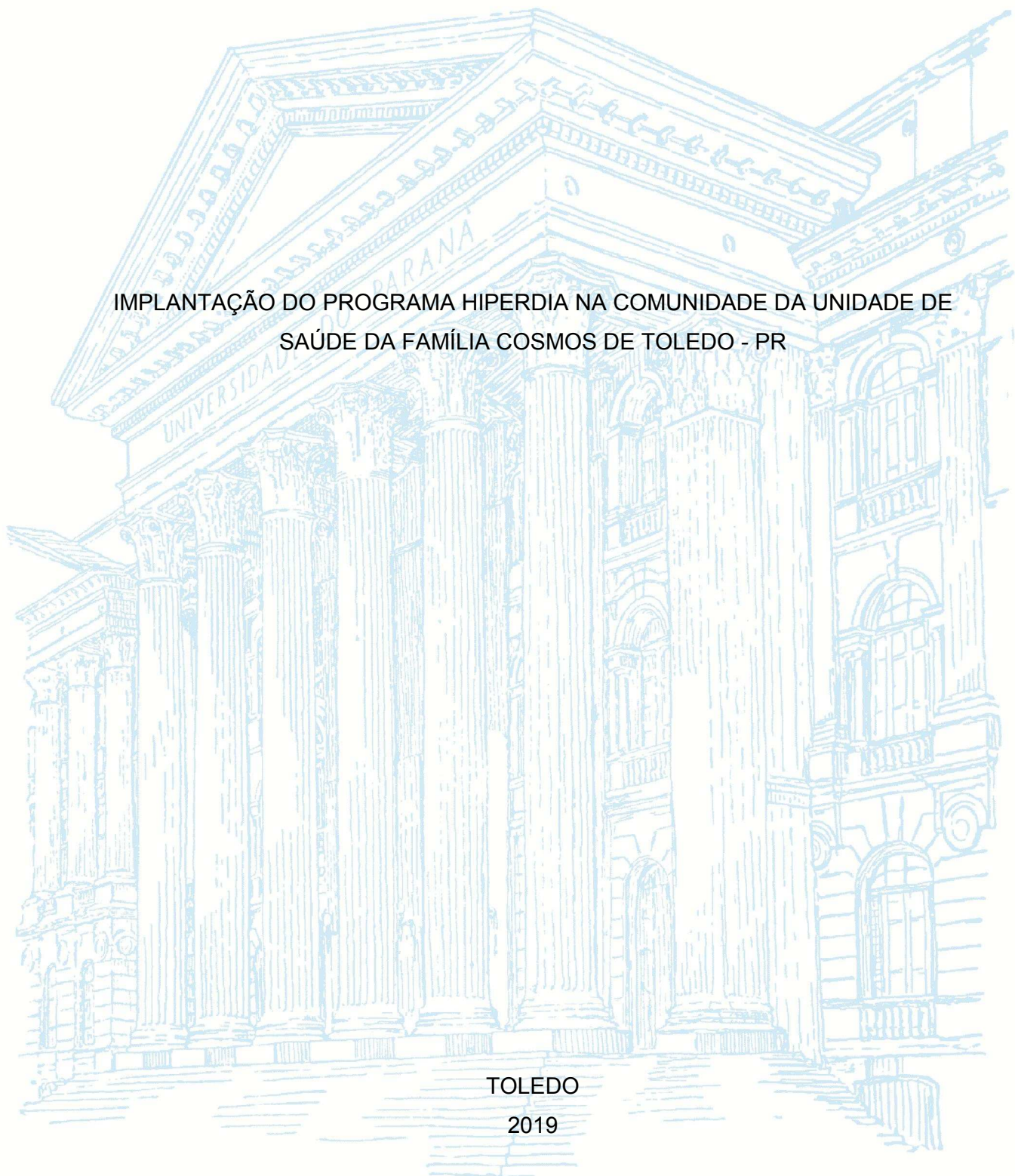
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

RENATA SARQUIS DE CASTRO

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA NA COMUNIDADE DA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA COSMOS DE TOLEDO - PR

TOLEDO

2019



RENATA SARQUIS DE CASTRO

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA NA COMUNIDADE DA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA COSMOS DE TOLEDO - PR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Pós Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr Mauricio Larocca

TOLEDO

2019

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém  
ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

## **RESUMO**

O plano de intervenção elaborado para a implantação do HIPERDIA na unidade de saúde da família Cosmos em Toledo – PR foi criado no curso de especialização em atenção básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. O HIPERDIA tem por finalidade o cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do sistema único de saúde – SUS. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). O diabetes mellitus (DM) é a hiperglicemia persistente associada ao possível desenvolvimento de complicações agudas e ou crônicas. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção com vista à implantação do programa HIPERDIA na unidade almejando melhor controle dos pacientes. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano, precedida por um diagnóstico situacional de saúde da área e pesquisa em sites, livros e artigos. Foram definidas as operações conhecendo o HIPERDIA e cuidando da saúde para enfrentamento do problema. Pode-se perceber boa aceitação por parte da equipe da unidade, desde que existam os meios necessários para a condução do programa.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Hiperdia. Estilo de vida.

## **ABSTRACT**

The intervention plan developed for the implementation of HIPERDIA in the Cosmos's Family Health Unit in Toledo – PR, was created by UFPR's Primary Health Care Specialization Course, funded by UNA-SUS. The HIPERDIA purpose is the registration and medical follow-up of patients with arterial hypertension and/or diabetes mellitus, treated in the outpatient network of the Unified Health System - SUS. Systemic arterial hypertension (SAH) is a multifactorial clinical condition characterized by elevated and sustained blood pressure (BP) levels. Diabetes mellitus (DM) is the persistent hyperglycemia associated with the possible development of acute and/or chronic complications. The objective of this work is to elaborate an intervention project aiming at the implementation of the HIPERDIA program in the unit, resulting in a better patient control. Action research was the method used in this plan, preceded by a situational health diagnosis of the area and research on sites, books and articles. The operations were defined knowing the HIPERDIA and taking care of the health to face the problem. It is possible to perceive good acceptance on the part of the unit team, provided that there are the necessary means for the conduction of the program.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. HIPERDIA. Lifestyle.

## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| TABELA 1 – FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NO HIPERTENSO.....   | 12 |
| TABELA 2 – LESÃO DE ORGÃO ALVO NA AVALIAÇÃO DO RISCO NO<br>HIPERTENSO.....                            | 13 |
| TABELA 3 – DOENÇA CARDIOVASCULAR E RENAL ESTABELECIDADA PARA<br>AVALIAÇÃO DO RISCO NO HIPERTENSO..... | 13 |
| TABELA 4 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE HIPERTENSO.....  | 13 |

## **LISTA DE QUADROS**

|  |    |
|--|----|
| QUADRO 1 – PROGRAMAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....               | 15 |
| QUADRO 2 – OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA..... | 22 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                      | <b>9</b>  |
| 1.1 OBJETIVO.....                              | 11        |
| 1.2 MÉTODO.....                                | 14        |
| <b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>           | <b>17</b> |
| 2.1 AFINAL, O QUE É O HIPERDIA? .....          | 17        |
| 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) ..... | 18        |
| 2.3 DIABETES MELLITUS (DM) .....               | 19        |
| <b>3 RESULTADOS ESPERADOS .....</b>            | <b>22</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>            | <b>24</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), programa do Ministério da Saúde, visa à promoção da qualidade de vida da população através de intervenções nos fatores que oferecem riscos à saúde, como a inatividade física, má alimentação, tabagismo e outros. A ESF se fortalece como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) através da atenção integral, equânime e contínua ao paciente, seguindo os princípios do SUS. A proximidade da equipe de saúde com o usuário permite a criação de um vínculo, o que promove uma maior adesão aos tratamentos com consequente redução da necessidade de encaminhamentos para as unidades de saúde especializadas em atendimento de alta complexidade.

A Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cosmos, situa-se na Rua Eugênio Gustavo Keller, 1680, bairro Fachini, na cidade de Toledo no oeste do estado do Paraná. Esta unidade foi inaugurada no dia 30 de junho de 2016 com 4 médicos clínico geral com carga horária de 30 horas semanais, 3 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), uma equipe odontológica com uma dentista e uma técnica de saúde bucal, 2 cargos administrativos e 3 funcionárias de serviços gerais. A maioria dos profissionais permanecem trabalhando no posto até hoje, o que é um fator positivo para a criação e manutenção de um vínculo com a comunidade. A área de atuação da unidade abrange uma população de aproximadamente 18 mil habitantes.

Neste bairro a Igreja atua com pastorais da criança, do adolescente e do idoso, auxílio fraterno e grupo de jovens. Existe uma academia popular para a realização de exercício físico, associação de moradores, um colégio municipal, um estadual e creches.

A comunidade tem vários problemas como o grande número de adolescentes e crianças nas ruas, adolescentes grávidas, usuários de drogas e idosos sem acompanhantes e com problemas sociais e financeiros. Também é possível observar uma grande rotatividade de pacientes na unidade básica devido à mudança de domicílio dos pacientes entre os bairros da cidade.

A área estudada apresenta-se no sistema de informações da prefeitura com 1180 pacientes cadastrados. Este número deve ser superior a 4000 pacientes, que pela falta de ACS, não foram cadastrados completamente. O perfil demográfico,

dentre os cadastrados, está bem equilibrado; 536 homens e 644 mulheres, todos com residência urbana.

A unidade funciona com atendimentos previamente agendados e algumas vagas são distribuídas no dia por ordem de chegada. A maioria dos pacientes deseja renovar as receitas de medicamentos contínuos como antihipertensivos, antidiabéticos ou psicotrópicos, porém com frequência por não estarem com os níveis pressóricos e glicêmicos controlados, necessitam de adequação da medicação. A dor osteoarticular crônica é outra causa comum de consultas, somando-se as dores abdominais, alterações do ciclo menstrual, leucorréia e pedidos de exames laboratoriais. A unidade, através de palestras e administração de vacinas, também desenvolve atividades nas escolas e creches com o programa de saúde na escola.

O HIPERDIA, programa do ministério da saúde, destina-se ao cadastramento e acompanhamento dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS. O programa apresenta como objetivos garantir consultas para pacientes que apresentam essas patologias, reduzir o intervalo entre as consultas, prevenir, diagnosticar e tratar mais precocemente as complicações e implementar programas de educação permanente em hipertensão e diabetes. A ausência desse programa na unidade compromete o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, uma vez que as reuniões com os pacientes permitiriam a troca de informações entre eles e a equipe, fortaleceriam o autocuidado, estimulariam a adesão ao tratamento e ainda permitiria uma monitoração contínua do paciente pela equipe.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A hipertensão arterial (HA) é, na maior parte do seu curso assintomática, o que dificulta o diagnóstico precoce e reduz a adesão do paciente ao tratamento prescrito.

O diabetes mellitus (DM) compreende um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia, que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, determinando, posteriormente, o comprometimento da função e estrutura vascular de diferentes órgãos. O diagnóstico de diabetes mellitus geralmente ocorre após os 40 anos de idade, sendo comum sua associação com o excesso de peso e história familiar de DM. Segundo a Linha Guia de

Diabetes, aproximadamente metade dos indivíduos com DM desconhecem o seu diagnóstico.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica 15 do Ministério da Saúde, é evidente que estratégias aplicadas a uma comunidade visando mudanças de estilo de vida são eficazes na prevenção e no tratamento de algumas patologias. Os profissionais de saúde da Atenção Primária têm um papel fundamental nas ações individuais e coletivas no controle da HA e do DM, com a identificação dos grupos de risco, o diagnóstico precoce, a orientação do tratamento e a promoção da educação em saúde.

### 1.1 OBJETIVO

O objetivo deste plano de intervenção é melhorar o controle dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes através da implantação do HIPERDIA. Essa medida é importante para a comunidade, principalmente para a população de risco como os obesos, dislipidêmicos e sedentários.

Com um melhor controle da pressão arterial e da glicemia através da implantação do programa HIPERDIA pretendemos, como objetivos específicos, diminuir as complicações dessas patologias. Através do HIPERDIA conseguiremos fornecer maior suporte aos pacientes com orientações adicionais às fornecidas durante as consultas assim como teremos a oportunidade de criar um banco de dados para futuras pesquisas.

O HIPERDIA é possível de ser implementado na unidade com o auxílio de toda a equipe. Como não existe a disponibilidade para um atendimento individual para todos os pacientes, uma vez que estamos com baixo número de profissionais, equipes incompletas e população atendida acima do previsto, às orientações repassadas em conjunto facilitam a triagem e a identificação dos usuários que necessitam de maiores cuidados.

Para o início das atividades do grupo de HIPERDIA vamos programar reuniões mensais com os pacientes. Estas reuniões serão ofertadas para todos os pacientes com hipertensão e ou diabetes que frequentam a unidade e os cadastrados pelos ACS. Nesses encontros pretendemos inicialmente realizar orientações em mudanças dos hábitos de vida abordando o sedentarismo, obesidade e a má alimentação. Também serão realizadas aferições de pressão

arterial, medidas da glicemia capilar, peso e circunferência abdominal. Assim, através do princípio da equidade, os pacientes com os parâmetros aferidos fora do ideal vão receber uma maior atenção com o objetivo de atingir o seu controle adequado.

Vamos utilizar as Linhas Guias de Diabetes e Hipertensão da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Paraná onde se considera controlados os hipertensos de médio e baixo risco que apresentam pressão arterial menor ou igual a 139x89mmHg e os hipertensos com alto risco, os diabéticos e os portadores de doença renal crônica com pressão menor ou igual a 129x79 mmHg. A estratificação de risco do paciente hipertenso será baseada na presença de fatores de risco adicionais, lesão em órgãos alvo e da doença cardiovascular ou renal (TABELA 1,2,3 e 4).

TABELA 1 – FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR NO HIPERTENSO

|   |
|---|
| <b>Sexo Masculino</b>   |
| <b>Idade</b>  |
| • Homens ≥ 55 anos ou mulheres ≥ 65 anos  |
| <b>História de DCV prematura em parentes de 1º grau</b>   |
| • Homens <55 anos ou mulheres <65 anos  |
| <b>Tabagismo</b>  |
| <b>Dislipidemia</b>   |
| • Colesterol total > 190 mg/dl e /ou  |
| • LDL-colesterol > 115 mg/dl e/ou   |
| • HDL-colesterol < 40 mg/dl nos homens ou < 35 mg/dl nas mulheres e/ou  |
| • Triglicerídeos > 150 mg/dl  |
| <b>Resistência à insulina</b>   |
| • Glicemia plasmática em jejum: 100 - 125 mg/dl   |
| • Teste oral de tolerância à glicose: 140 - 199 mg/dl em 2 horas  |
| • Hemoglobina glicada: 5,7 - 6,4%   |
| <b>Obesidade</b>  |
| • IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>  |
| • CA ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres  |
| DCV: doença cardiovascular; LDL: lipoproteína de baixa densidade; HDL: lipoproteína de alta densidade; IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal. |

FONTE: Linha Guia de Hipertensão Arterial – SESA (2018, p.22)

TABELA 2 – LESÃO DE ÓRGÃO ALVO NA AVALIAÇÃO DO RISCO NO HIPERTENSO

|  |
|--|
| <b>Hipertrofia ventricular esquerda</b>  |
| • ECG: Índice Sokolow-Lyon (SV, + RV, ou RV) $\geq 35$ mm  |
| • ECG: RaVL $> 11$ mm  |
| • ECG: Cornell voltagem $> 2440$ mm*ms   |
| • ECO: IMVE $> 115$ g/m <sup>2</sup> nos homens ou $> 95$ g/m <sup>2</sup> nas mulheres  |
| <b>EMI da carótida <math>&gt; 0,9</math> mm ou placa carotídea</b>   |
| <b>VOP carótido-femoral <math>&gt; 10</math> m/s</b>   |
| <b>ITB <math>&lt; 0,9</math></b>   |
| <b>Doença renal crônica estágio 3 (RFG-e 30 - 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>)</b>   |
| <b>Albuminúria entre 30 e 300 mg/24h ou relação albumina-creatinina urinária 30 a 300 mg/g</b>   |
| ECG: eletrocardiograma; ECO: ecocardiograma; EMI: espessura mediointimal; IMVE: índice de massa ventricular esquerda; VOP: velocidade da onda de pulso; ITB: índice tornozelo-braquial; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado. |

FONTE: Linha Guia de Hipertensão Arterial – SESA (2018, p.23)

TABELA 3 – DOENÇA CARDIOVASCULAR E RENAL ESTABELECIDADA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO NO HIPERTENSO

|  |
|--|
| <b>Doença cerebrovascular</b>  |
| • AVE isquêmico  |
| • Hemorragia cerebral  |
| • Ataque isquêmico transitório   |
| <b>Doença artéria coronária</b>  |
| • Angina estável ou instável   |
| • Infarto do miocárdio   |
| • Revascularização do miocárdio: percutânea (angioplastia) ou cirúrgica                                  |
| • Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida ou preservada                                     |
| • Doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores  |
| • Doença renal crônica estágio 4 (RFG-e $< 30$ mL/min/1,73m <sup>2</sup> ) ou albuminúria $> 300$ mg/24h |
| • Retinopatia avançada: hemorragias, exsudatos, papiledema   |
| AVE: acidente vascular encefálico; RFG-e: ritmo de filtração glomerular estimado.                        |

FONTE: Linha Guia de Hipertensão Arterial – SESA (2018, p.23)

TABELA 4 – ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NO PACIENTE HIPERTENSO

|   | PAS 130 - 139 ou PAD 85 - 89 | HAS Estágio 1 PAS 140 - 159 ou PAD 90 - 99 | HAS Estágio 2 PAS 160 - 179 ou PAD 100 - 109 | HAS Estágio 3 PAS $\geq 180$ ou PAD $\geq 110$ |
|---|------------------------------|--|--|--|
| <b>Sem fator de risco</b>   | Sem Risco Adicional          | Risco Baixo                                | Risco Moderado                               | Risco Alto                                     |
| <b>1-2 fatores de risco</b>   | Risco Baixo                  | Risco Moderado                             | Risco Alto                                   | Risco Alto                                     |
| <b><math>\geq 3</math> fatores de risco</b>   | Risco Moderado               | Risco Alto                                 | Risco Alto                                   | Risco Alto                                     |
| <b>Presença de LOA, DCV, DRC ou DM</b>  | Risco Alto                   | Risco Alto                                 | Risco Alto                                   | Risco Alto                                     |
| PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; HAS: hipertensão arterial sistêmica; DCV: doença cardiovascular; DRC: doença renal crônica; DM: diabetes mellitus; LOA: lesão em órgão-alvo. |                              |  |  |  |

FONTE: Linha Guia de Hipertensão Arterial – SESA (2018, p.22)

Serão considerados controlados os diabéticos com glicemia de jejum e pré prandial menor que 110 mg/dL, com glicemia pós prandial inferior a 140 mg/dL e hemoglobina glicada menor ou igual a 7% na população mais jovem. Nos idosos, pacientes menos motivados, não aderentes, com autoconhecimento limitado, pouca

capacidade de autocuidado, fraco sistema de apoio e na dependência de considerações psico-sócio-econômico será considerado controlado uma hemoglobina glicada menor ou igual a 8%.

## 1.2 MÉTODO

A elaboração desse projeto foi precedida do diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência assim como foram pesquisados vários sites, artigos e livros da área da saúde que abordam o tema HAS e DM. A preferência por sites do ministério da Saúde deve-se ao fato de que são os nossos guias.

Lista de problemas identificados na unidade:

I) Falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todas as micro-áreas: Este problema atinge a todos, principalmente aos ACS que precisam cobrir áreas além da própria, a população que acaba ficando sem os benefícios dos agentes e a Equipe de Estratégia de Saúde que fica sem seus “olhos e mãos na rua”. Os ACS são contratados via concurso público e destinados a suas determinadas áreas, portanto, no momento, não há novos profissionais disponíveis para serem chamados para a nossa área de abrangência.

II) Falta da territorialização: Este problema afeta os pacientes por não realizarem o seguimento sempre com um mesmo médico, o que impossibilita a formação de um vínculo e a aquisição de confiança no profissional que os atende. O enfermeiro e o médico também são afetados, pois desconhecem a sua população atendida.

III) Falta de cadastramento da população por território ou área.

IV) Falta de indicadores demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos: A equipe de estratégia fica limitada sem esses indicadores por desconhecer a população com a qual trabalha o que impossibilita o planejamento de estratégias de prevenção.

V) Falta de planejamento em gestão de saúde na unidade: A falta de grupos de tabagismo, hipertensão, diabetes, idoso e de saúde mental priva a população dos benefícios oferecidos por tais atividades.

VI) Falta de reserva de vagas para atendimentos de emergência: como os atendimentos são realizados por ordem de chegada e sem a realização de triagem

pela enfermagem, frequentemente aparecem “emergências” que necessitam de atendimentos extra.

VII) Não participação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF): O apoio do NASF seria benéfico tanto aos usuários do sistema único de saúde quanto aos profissionais, porém a essa unidade não está inserida no grupo de unidades atendidas pelo serviço.

Com a lista de problemas elencados e priorizados foram realizadas reuniões com os agentes comunitários de saúde para demonstrar aos mesmos a importância de educar os pacientes hipertensos e diabéticos sobre a necessidade do correto controle terapêutico na prevenção das complicações e a importância das mudanças do estilo de vida no tratamento das duas doenças. Após a fase de capacitação da equipe seguiremos para a fase de cuidados com a saúde através de ações educativas individuais e coletivas com palestras, atividades em grupo e consultas onde iremos esclarecer a comunidade sobre DM e HAS, suas complicações e tratamentos. Os conteúdos das reuniões programadas serão apresentados aos participantes com uso de data show e computador pelo profissional da equipe da ESF ou do NASF através dos métodos expositivo, elaboração conjunta, participativo e ou debate. Para a aferição dos parâmetros de controle serão utilizados uma balança de chão, fita métrica, aparelho glicosímetro com tiras próprias, luvas descartáveis, algodão, álcool e esfigmomanômetro. Portanto, nota-se a necessidade da implementação do programa HIPERDIA e de outros grupos especiais na unidade de saúde para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção e melhorar a qualidade de saúde da comunidade.

QUADRO 1 – PROGRAMAÇÃO DA INTERVENÇÃO

| <b>Data/hora</b> | <b>Objetivo</b>      | <b>Estratégia</b>   | <b>Duração</b> | <b>Participantes</b>    | <b>Recursos</b>   |
|------------------|----------------------|---|----------------|-------------------------|---|
| Duração de 1 mês | Capacitando a equipe | Reunir a equipe para orientar sobre a importância do programa | 2 horas cada   | Equipe da ESF           | Espaço físico da USF; material necessário para capacitação da equipe sobre a importância do HIPERDIA. |
|                  | Cadastramento        | Explicação sobre o  | 2 horas        | Pacientes hipertensos e | -Roda de conversa.  |

|  |   |  |               |  |  |
|--|---|--|---------------|--|--|
|  |   | projeto e recolhimento de dados de participante  | 14:30 – 16:30 | diabéticos da unidade ESF Cosmos                         | -Planilhas computadorizadas.<br>-Balança.<br>-Fita métrica.<br>-Glicosímetro.<br>-Esfigmomanômetro.                        |
|  | Orientações alimentares.<br><br>Renovação de receitas.                    | Exposição por nutricionista com dinâmica de grupo.<br><br>Aferição de parâmetros.              | 2 horas       | Pacientes hipertensos e diabéticos da unidade ESF Cosmos | -Roda de conversa.<br>-Planilhas computadorizadas.<br>-Balança.<br>-Fita métrica.<br>-Glicosímetro.<br>-Esfigmomanômetro.  |
|  | Orientações sobre exercícios físicos                                      | Exposição por educador físico com dinâmica em grupo.<br>Aferição de parâmetros.                | 2 horas       | Pacientes hipertensos e diabéticos da unidade ESF Cosmos | -Roda de conversa.<br>-Planilhas computadorizadas.<br>-Balança.<br>-Fita métrica.<br>-Glicosímetro.<br>-Esfigmomanômetro.. |
|  | Orientações sobre HAS e DM, controle e suas complicações com tira dúvida. | Exposição sobre HAS e DM, controle e suas complicações.<br><br>Roda de conversa e tira duvida. | 2 horas       | Pacientes hipertensos e diabéticos da unidade ESF Cosmos | -Roda de conversa.<br>-Planilhas computadorizadas.<br>-Balança.<br>-Fita métrica.<br>-Glicosímetro.<br>-Esfigmomanômetro.. |

FONTE: O autor (2019).



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 AFINAL, O QUE É O HIPERDIA?

Segundo Assis *et al* (2012, citado por FEITOSA E PIMENTEL, 2016) o programa HIPERDIA, criado em 2001 pelo Ministério da Saúde, é oriundo do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus. A meta principal do programa é garantir o acompanhamento e tratamento mediante ações de capacitação dos profissionais e uma reorganização dos serviços. Segundo o Ministério da Saúde (2002), se constitui como uma estratégia de acompanhamento de usuários hipertensos e ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF).

Uma das ações do programa é capacitar as pessoas para o auto cuidado. Para isso é necessário ter a pessoa usuária do serviço de saúde como sujeito central de sua própria saúde, usar estratégias que apoiem o autocuidado e a definição de metas a serem alcançadas (MENDES, 2012 p.144).

A importância do acompanhamento e do tratamento através do estímulo continuado de hábitos saudáveis de vida como a manutenção do peso adequado, baixo consumo de gorduras saturadas e de bebidas alcoólicas, a prática regular de atividade física e a suspensão do hábito de fumar é destacado por Silva *et al* (2015).

Segundo Feijó (2016) o HIPERDIA tem desafiado os profissionais de saúde, principalmente quando utilizado de forma isolada das demais ações de saúde. Alguns autores observaram avanços com o programa, outros baixa efetividade ou impacto de forma lenta, uma vez que essas ações dependem de mudanças de hábitos e estilo de vida, ao mesmo tempo em que é necessário certo tempo para que essas mudanças sejam incorporadas.

A principal meta da equipe de saúde no atendimento aos hipertensos e diabéticos é garantir a adesão ao tratamento. O HIPERDIA, se bem conduzido, pode facilitar esta adesão ao tratamento e em consequência melhorar o controle das doenças. Seja na abordagem individual ou em grupo, é importante considerar a subjetividade de cada pessoa, suas vivências, conhecimentos, culturas, crenças,

valores e inserção social sempre visando maior adesão (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010, p 138).

## 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos é definida como Pressão Arterial (PA).

Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial que se caracteriza por uma elevação sustentada da pressão arterial em valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg. Com frequência se associa a outros distúrbios metabólicos, como a dislipidemia, a obesidade abdominal, a intolerância à glicose e o diabetes mellitus (DM). Mantém associação independente com a morte súbita, o acidente vascular encefálico (AVE), o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca (IC), a doença arterial periférica (DAP) e a doença renal crônica (DRC). A pré-hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - 7ª Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2016).

As elevações de PA isoladas, sem sintomas ou repercussão em órgãos alvos, representam a maioria dos atendimentos em urgências e emergências, embora não requeiram tratamento imediato. São denominados hipertensão não controlada e pode se iniciar ou ajustar o tratamento medicamentoso (STEFANI E BARROS, 2013).

No Brasil, a HA atinge mais de um quarto dos indivíduos adultos e mais da metade dos idosos. Contribui direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com a DM, as complicações da hipertensão (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - 7ª Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2016).

Os fatores de risco (FR) para o desenvolvimento da HAS são idade, sexo feminino, cor negra, excesso de peso, obesidade, consumo excessivo de sódio e álcool, sedentarismo, menor nível de escolaridade e genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - 7ª Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2016).

Estratégias para a prevenção do desenvolvimento da HAS englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos

meios de comunicação. O objetivo deve ser o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo e o controle da PA e dos FR associados por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e ou do uso regular de medicamentos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - 7ª Diretrizes de Hipertensão Arterial, 2016).

O tratamento para a HAS inclui intervenção não medicamentosa e medicamentosa. A principal estratégia para o tratamento não medicamentoso da HAS é a MEV que pode retardar o desenvolvimento da hipertensão em indivíduos com pressão limítrofe e deve ser indicada indiscriminadamente. Caso o paciente não responda a essas medidas em 3 meses, uma nova avaliação deve ser feita em 6 meses podendo-se então iniciar o tratamento medicamentoso. Em pacientes com risco médio ou alto, independente da PA, a abordagem medicamentosa e não medicamentosa deve ser iniciada de forma combinada (PARANÁ - Superintendência de Atenção à Saúde, 2018).

O tratamento com medicamentos está indicado para indivíduos com PA estágio 1 e risco CV baixo e moderado quando as medidas não farmacológicas não tiverem efeito após um período inicial de 90 dias. Há 5 principais classes de medicamentos que exercem ação terapêutica através de distintos mecanismos na fisiopatologia da HA reduzindo a pressão arterial e a incidência de eventos cardiovasculares (PARANÁ - Superintendência de Atenção à Saúde, 2018).

1. Diuréticos: primeira opção anti hipertensiva na maioria dos pacientes.
2. Beta bloqueadores
3. Vasodilatadores diretos
4. Antagonistas do sistema renina angiotensina
5. Bloqueadores dos canais de cálcio

Pacientes em tratamento medicamentoso necessitam de reavaliação mensal até obter controle pressórico, com revisão a cada 3 ou 6 meses posteriormente. É muito importante salientar a importância da adesão continuada ao tratamento (DUNCAN 2013).

## 2.3 DIABETES MELLITUS (DM)

Diabetes mellitus(DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015 a

Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial entre 20 e 79 anos de idade tinha diabetes. O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores como a rápida urbanização, estilo de vida sedentário, obesidade, crescimento e envelhecimento da população e também à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a glicemia elevada seja a terceira causa de morte prematura, superada apenas pela hipertensão arterial e o tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

O diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente decorrente da deficiência na produção de insulina ou na sua ação periférica. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica (GROSS et al, 2002). A hiperglicemia persistente pode ocasionar complicações crônicas micro e ou macrovasculares com aumento de morbidade, mortalidade e redução da qualidade de vida.

Em adultos, sem os sintomas característicos, porém com IMC maior ou igual a 25 kg/m<sup>2</sup> associado a fatores de risco como sedentarismo, história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, história pessoal de diabetes gestacional ou recém-nascido macrossômico, HAS, colesterol HDL menor que 35, triglicerídeos maior que 250, síndrome dos ovários policísticos, acantose nigricante, doença cardiovascular e etnia de alto risco deve-se realizar o rastreamento com glicemia de jejum (STEFANI E BARROS, 2013).

A classificação do DM é baseada em sua fisiopatologia. DM tipo 1A é a deficiência de insulina por destruição autoimune das células  $\beta$  comprovada por exames laboratoriais; Tipo 1B é a deficiência de insulina de natureza idiopática. DM tipo 2 consiste na perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência a ação periférica. DM gestacional corresponde à hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação na ausência de critérios de DM prévio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Devido aos inúmeros fatores como a pouca conscientização da população sobre diabetes e o início e progressão insidioso dos sintomas, essa condição pode permanecer não detectada por anos, dando a oportunidade ao desenvolvimento de

suas complicações. Estima-se que 46% dos casos de diabetes não sejam diagnosticados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Para o sucesso no controle do diabetes é necessário estabelecer e desenvolver novas parcerias entre órgãos governamentais e a sociedade civil para uma maior corresponsabilidade em ações orientadas para prevenção, detecção e controle do diabetes. Essas novas estratégias devem promover um estilo de vida saudável e mudanças de hábitos em relação ao consumo de certos alimentos e refrigerantes, bem como estimular a atividade física. Em articulação com o setor educacional, essas ações devem priorizar a população de crianças, adolescentes e adultos jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

A terapia da DM é composta por MEV, pelo controle alimentar, redução do peso, atividade física, interrupção do tabagismo e terapia farmacológica. Os medicamentos antidiabéticos disponíveis no SUS podem ser divididos de acordo com seu mecanismo de ação: medicamentos que agem estimulando a liberação de insulina pelas células beta e medicamentos que agem diminuindo a liberação de glicose pelo fígado. Ainda dispomos da reposição hormonal de insulina se necessário (PARANÁ - Superintendência de Atenção à Saúde, 2018).

### 3 RESULTADOS ESPERADOS

Dois programas foram criados para resolver os problemas levantados no processo de conhecimento da Unidade. O grande número de doentes crônicos descompensados foi o problema escolhido para a intervenção com a implantação do Programa de Hipertensão e Diabetes.

Conhecendo o HIPERDIA e Cuidando da Saúde foram os programas selecionados. O primeiro, sobre responsabilidade médica, visa capacitar a equipe da unidade para atuar no programa e definir os horários de atendimentos. O segundo, com a participação de toda a equipe, é o programa propriamente dito (QUADRO 2). Através desta intervenção espera-se conscientizar a equipe de saúde da importância do HIPERDIA na unidade e a população do autocuidado no controle das doenças crônicas.

QUADRO 2 – OPERAÇÕES PARA ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

| Operações  | Resultados  | Produtos                                     | Ações estratégicas  | Responsáveis                              | Prazo   |
|--|---|--|---|---|---|
| Conhecendo o HIPERDIA: capacitação da equipe para atuar no HIPERDIA. Reunião com a equipe para orientações sobre a importância do programa e estabelecer os horários específicos de atendimento aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. | Conscientização dos ACS, técnicos, enfermeiros e administrativos sobre a importância da implantação do HIPERDIA na Unidade de Saúde Cosmos. | Melhoria no atendimento.                     | Palestras e discussões sobre o tema; reuniões com os profissionais da UBS.                            | Renata (médica)                           | Apresentar o projeto e discussões nas reuniões semanais por um mês. |
| Cuidando da saúde: esclarecer a comunidade sobre o DM e a HAS, suas complicações e tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Esclarecer sobre o  | Conscientização da comunidade sobre o autocuidado e a importância de participar do HIPERDIA.  | Pacientes com maior controle de HAS e/ou DM. | Palestras, orientações nas consultas, reuniões com os profissionais da unidade de Saúde e/ou do NASF. | Toda a equipe da unidade de saúde cosmos. | Início em 3 meses com duração de tempo indeterminado.               |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| HIPERDIA.<br>Desenvolver ações<br>educativas individuais e<br>coletivas como<br>palestras, atividades<br>em grupo e consultas. |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

FONTE: O autor (2019).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o objetivo de melhorar o controle dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus iniciamos o processo de implantação do programa de HIPERDIA na Unidade de Saúde da Família Cosmos em Toledo Paraná. Infelizmente o programa não pode ser completamente iniciado devido à falta de cadastramento da população do território. Entretanto um melhor controle dos pacientes foi alcançado através do treinamento da equipe de saúde da unidade para esta atividade e maior frequência de consultas com orientações isoladas.

Os benefícios para o município, comunidade, gestores e equipe de saúde deste resultado se deve que pacientes com doenças crônicas controladas apresentam menor número de internações devido a complicações, de consultas de demanda ou em serviços de urgência e emergência. Isto reduz os gastos com a saúde publica, melhora os indicadores de saúde e reduz as filas da unidade.

As reuniões em grupo com controle de peso, pressão arterial, circunferência abdominal e HGT não foram possíveis pela impossibilidade de selecionar os pacientes com as comorbidades desejadas e pela falta de cadastro familiar da comunidade. Entretanto após receberem o treinamento os ACS aperfeiçoaram as informações para o estímulo ao autocontrole e agendaram consultas regulares para os pacientes conforme prazo definido pelo médico através da estratificação de risco.

Foi possível observar que mais pacientes conseguiram atingir os níveis desejáveis de pressão arterial e/ou glicêmicos, e um maior número de novos paciente foram recrutados pelos ACS. Esses pacientes já possuíam o diagnóstico de doenças crônicas e não realizavam acompanhamento e controle, ou ainda, desconheciam o seu diagnóstico.

Para a implantação de qualquer programa na unidade é necessário que a unidade esteja com a equipe completa, os usuários cadastrados e se conheça o perfil da comunidade, como o número de usuários, gestantes, crianças de 0 a 2 anos, portadores de deficiências e doenças crônicas entre outras características. Antes de iniciar a intervenção em um ambiente é necessário conhecer o que será enfrentado.

Por fim, foi possível observar a dificuldade dos serviços de saúde em fornecer apoio às necessidades dos hipertensos e diabéticos, manter os acompanhamentos frequentes e transmitir as informações importantes para evitar



complicações e melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Esta constatação é preocupante e demonstra a necessidade de uma reorganização nos atendimentos, implantando programas como o HIPERDIA.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, L. C.; SOMÕES, M. O. S. & CAVALCANTI, A. L. (2012). Políticas públicas para monitoramento de hipertensos e diabéticos na atenção básica, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 14(2), 65-70.

BRASIL (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e diabetes mellitus. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J.; DUNCAN, M. S.; GIUGLIANI, C.. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ªed. p.618-631. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FEIJÓ, A.L.. Implantação do programa de HIPERDIA na comunidade da Unidade Básica de Saúde José Medeiros de Matriz de Camaragibe – Alagoas. Maceió, 2016. Disponível em: <  
[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Implanta%C3%A7ao\\_programa\\_hiperdia.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Implanta%C3%A7ao_programa_hiperdia.pdf)>. Acesso em 19 de abril de 2019.

FEITOSA, I de O.; PIMENTEL, A. HIPERDIA: Práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Rev. NUFEN** vol.8 n°1,Belém 2016.

GOMES, T. J. O.; SILVA, M. V. R.; SANTOS, A. A.. Controle da pressão arterial em paciente atendidos pelo programa HIPERDIA em uma unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertens**, v.17, n.3, p 132-139, 2010.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CARMARGO, J. L.; REICHELT, A. J.; AZEVEDO, M. J.. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol.46, no.1, São Paulo, Feb. 2002.

MAGALHÃES, G. L., Inserção do Grupo de HIPERDIA na Unidade Básica de Saúde Novo Amazonas – Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAYNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T.; et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83

MENDES, E. V..O cuidados das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I **Linha Guia de Diabetes Mellitus** / SAS. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223I **Linha Guia de Hipertensão Arterial** / SAS. – 2. ed. – Curitiba : SESA, 2018.

SILVA, J. V.M. ; MANTOVANI, M. de F. ; KALINKE, L. P.; ULBRICH, E. M. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. de Enferm.**2015;68(4):626-32.

STEFANI, S. D.; BARROS, E.; Clínica médica: consulta rápida – 4 ed. Porto Alegre: Artmed,2013.